

Tilburg University

Een patiënt is ook maar een mens

Vingerhoets, A.J.J.M.

Publication date:
2000

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Vingerhoets, A. J. J. M. (2000). *Een patiënt is ook maar een mens: Over oorzaken en gevolgen van stress in de gezondheidszorg*. Tilburg University Press.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Een patiënt is ook maar een mens

Een patiënt is ook maar een mens

Over oorzaken en gevolgen van stress in de gezondheidszorg

Rede

*in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar
Gezondheidspsychologie vanwege de Stichting tot bevordering van Wetenschappelijk
Onderwijs en Onderzoek in de Gezondheidszorg (SWOOG) aan de Katholieke
Universiteit Brabant*

op vrijdag 4 februari 2000

door

Ad J.J.M. Vingerhoets

Katholieke Universiteit Brabant

© 2000 Ad Vingerhoets

Behoudens ingeval beperkingen door de wet van toepassing zijn, en onder gehoudenheid aan de gestelde voorwaarden te voldoen, mag zonder schriftelijke toestemming van de auteur niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of anderszins, hetgeen ook van toepassing is op de gehele of gedeeltelijke bewerking.

The best doctors in the world are Dr. Diet, Dr. Quiet, and Dr. Merryman.

Jonathan Swift

Mijnheer de rector magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,

Inleiding

Stress en gezondheidszorg; waarom dit thema? De keuze voor dit onderwerp heeft alles te maken met mijn overtuiging dat de rol van stress bij het ontstaan van ziekte inmiddels wel de aandacht heeft gekregen die het verdient, maar dat een aantal andere aspecten van stress tot nu toe relatief onderbelicht zijn gebleven. Niettemin betreft dit aspecten die voor de gezondheidszorg belangrijk zijn in het kader van eventuele toekomstige veranderingen in de organisatie van de zorg, de wijze waarop verpleegkundigen en artsen met patiënten omgaan, het voorbereiden van patiënten op medische ingrepen en de inrichting van gezondheidszorginstellingen.

Aan de orde komen derhalve de gevolgen van stress voor mensen die al ziek zijn of klachten hebben. Ik zal het verder hebben over bronnen van stress, die juist binnen de gezondheidszorg gelokaliseerd zijn. Ten slotte zal ik een aantal suggesties doen voor veranderingen en aanpassingen van procedures binnen de medische setting, met als doel het verhogen van het welbevinden van de patiënt – en zo mogelijk ook het bevorderen van het fysieke herstel. Maar eerst, onvermijdelijk, toch nog even: wat is stress?

De term stress gebruiken wij tegenwoordig om te verwijzen naar een toestand die optreedt wanneer een persoon het idee heeft dat de eisen die er aan hem/haar gesteld worden zijn/haar mogelijkheden te boven gaan. Ofwel, de ingeschatte draaglast is groter dan de ingeschatte draagkracht. Nog anders geformuleerd, de persoon en zijn omgeving zijn niet meer in evenwicht.

Stress: de gevolgen

De toestand van stress kan zich op de volgende manieren manifesteren: (1) lichamelijke of fysiologische stressreacties (bijv. veranderingen in bloeddruk, hartslag, en/of stresshormonen), (2) emotionele stressreacties (bijv. gevoelens als frustratie, depressie,

angst, hulpeloosheid), (3) veranderingen in cognitief functioneren (zoals stoornissen in denken, geheugen, informatieverwerking, en concentratievermogen); en ten slotte (4) gedragsveranderingen (te denken valt hierbij aan vermijding van situaties en/of sociale contacten, roken, drinken, agressie, arbeidsverzuim, etc.).

Wanneer de blootstelling aan stressbronnen aanhoudt, kan dit resulteren in het ontstaan van gezondheidsklachten. Voor patiënten of anderen die zich voor hulp tot de gezondheidszorg wenden zijn voorts de gevolgen van stress voor het ziektebeloop, herstel en voor de effectiviteit van medische interventies van belang. Resumerend: (1) stress maakt dat mensen zich ziek voelen, zonder dat er sprake hoeft te zijn van echte ziekte, en dat er (derhalve onnodig) een beroep wordt gedaan op de gezondheidszorg; (2) stress bevordert dat mensen psychisch of lichamelijk ziek worden; (3) stress heeft negatieve gevolgen voor het herstel en beloop van een ziekte; (4) stress interfereert met de effectiviteit van medische interventies; en, ten slotte, (5) stress staat een adequate informatieoverdracht van arts naar patiënt in de weg.

Ad (1). Wanneer een patiënt zich met lichamelijke klachten tot hulpverleners wendt, zonder dat er sprake is van weefselschade of verstoringen van lichaamsprocessen, of wanneer de klachten niet in verhouding staan tot de geconstateerde organische afwijkingen, spreken we wel van somatoforme stoornissen. Onderzoek heeft uitgewezen dat dergelijke klachten niet zelden ontstaan tijdens een periode waarin men geconfronteerd is met ingrijpende levenservaringen of anderszins langdurig heftige emoties heeft doorstaan (zie Ford, 1997a,b; Kellner, 1990). Welke processen daarbij zoal een rol spelen is nog niet geheel duidelijk. Mogelijk speelt een onjuiste ‘symptoomperceptie’ hierbij een rol. In het kort komt dit er op neer dat men de aandacht sterk richt op lichaamsprocessen en lichamelijke reacties die mogelijk het gevolg zijn van emoties en stress en die onjuist geïnterpreteerd worden als symptomen van ziekte (Pennebaker, 1994). Verder spelen ongetwijfeld zaken als persoonlijkheid en de reacties van de omgeving een rol, maar de precieze mechanismen en de complexe interactie van al deze factoren vragen om nader onderzoek.

Ad (2). Dit aspect wordt voor de volledigheid slechts even aangestipt zonder er

uitgebreid op in te gaan. Ik volsta met een korte verwijzing naar de betrokkenheid van beide takken van het autonome zenuwstelsel (het sympathische en het parasympathische zenuwstelsel), het hormoonstelsel, en het afweersysteem. We beginnen steeds beter te begrijpen hoe deze drie systemen interacteren en elkaar wederzijds beïnvloeden met als resultaat biologische aanpassing aan de nieuwe omstandigheden. Bij een falen van deze aanpassing zijn de lichaamsprocessen niet meer goed op elkaar afgestemd en wordt het lichamelijk evenwicht verstoord (Tsigos & Chrousos, 1996; Vingerhoets & Perski, 1999). Ook gedrag kan hierbij een belangrijke rol kan spelen. Denk daarbij vooral aan onvoldoende lichaamsbeweging, slaapgebrek, alcoholgebruik, roken, etc. Kortom, het hele scala van gedragingen waarvan algemeen bekend is dat ze de gezondheid kunnen aantasten (zie ook Vingerhoets & Rigter, 1994). Overigens wil ik met mijn bijzondere belangstelling voor gynaecologie en verloskunde niet onvermeld laten dat uit onderzoek met zwangeren is gebleken dat stress niet uitsluitend de gezondheid van de aanstaande moeder bedreigt, maar ook de groei van het zich ontwikkelende kind lijkt te kunnen vertragen. Vooral de eerste maanden van de zwangerschap blijken van belang te zijn, zoals door Marieke Paarlberg (1999) in haar promotieonderzoek werd aangetoond.

Ad (3). Algemeen kan men stellen dat de juist beschreven lichamelijke stressreacties en leefstijlfactoren ook bij het beloop en herstel na een ziekte een rol kunnen spelen. Bij diverse ziektebeelden, waaronder AIDS, reuma, kanker, herpes-infecties, hartinfarct, multiple sclerose, etc., is onderzocht in hoeverre blootstelling aan stressoren of de gemoedstoestand invloed heeft op het beloop van de ziekte (zie o.a. Vingerhoets & Rigter, 1994). De uitkomsten van dergelijke onderzoeken zijn overigens nogal wisselend. Soms blijken psychosociale factoren zeer belangrijk voor het ziektebeloop, terwijl in andere onderzoeken zulk een invloed nagenoeg geheel afwezig is (zie Zautra et al., 1999, voor de bespreking van de grote inter-individuele verschillen specifiek bij reuma). Ook Ellie Wekking (1993) kon in haar proefschrift geen samenhang ontdekken tussen de mate van blootstelling aan alledaagse stressoren en het verloop van reuma en systemische lupus erythematosus.

Anderzijds is recent in quasi-experimenteel onderzoek aangetoond dat

wondgenezing belemmerd kan worden door stress (Kiecolt-Glaser et al., 1998; Marucha et al., 1998). En naast de overduidelijke aanwijzingen dat depressie een negatief effect heeft op het ziektebeloop en herstel na chirurgische ingrepen, zijn er voorts gegevens die er op duiden dat optimisme daarop juist een gunstig effect heeft (bijv. Scheier et al., 1989; zie echter ook King et al., 1998). Later zal ik nog terugkomen op de belangrijke vraag in hoeverre met psychologische interventies het ziektebeloop in gunstige zin kan worden beïnvloed.

Ad (4). Talloze onderzoeken (zie bijv. Chiles et al., 1999; Saravay & Lavin, 1994) hebben zich de afgelopen twintig jaren bezig gehouden met de vraag of psychosociale factoren, zoals angst en spanningen, een ongunstige invloed hebben op verschillende uitkomstmaten, waaronder het gebruik van postoperatieve pijnmedicatie, het verloop van de wondgenezing, of opnameduur na een medische ingreep. Hoewel de uitkomsten niet makkelijk in een paar zinnen zijn samen te vatten, zijn er veel aanwijzingen dat de kans op complicaties en een verlengde opnameduur groter is, wanneer er sprake is van stress. Dit betreft niet alleen zeer ingrijpende procedures zoals een zware hartoperatie of een beenmergtransplantatie. Ook bij op het oog heel wat minder zware ingrepen blijkt er vaak sprake van aanzienlijke angst voor de ingreep die kan interfereren met herstel. Vermeldenswaard in dit kader is het onderzoek, geïnitieerd door het Helen Dowling Instituut, in samenwerking met oncologisch chirurgen, waarbij wordt nagegaan of angst bij de patiënt het risico op micrometastasen, die zich in de bloedbaan verspreiden bij het operatief verwijderen van een tumor, verhoogt. Anderzijds is van bepaalde psychologische behandelmethodes aangetoond dat ze een gunstig effect hebben op het herstel (zie Russo, 1999).

Ook voor andere medische interventies lijkt te gelden dat zij zich niet aan de invloed van stress kunnen onttrekken. Een tiental jaren geleden stonden onderzoekers in het Rotterdamse Dijkzigtziekenhuis voor een raadsel. Vrouwen die deelnamen aan het In Vitro Fertilisatie (IVF) programma, bleken per ongeluk te zijn blootgesteld aan een medium dat mogelijk besmet was met Hepatitis B. Daarop werden alle betrokken vrouwen en hun partners gevaccineerd, waarbij bleek dat deze groep aanzienlijk minder

anti-lichamen aanmaakte dan een controlegroep. Na alle andere verklaringen uitgesloten te hebben, resteerde de hypothese dat dit wellicht een gevolg was van de zware stress waaraan deze vrouwen waren blootgesteld. Op verzoek van de betreffende onderzoekers werd vervolgens door Lea Jabaaij (1992) in het kader van haar promotieproject een onderzoek uitgevoerd, waarvan de resultaten steun gaven aan die hypothese. De Amerikaanse onderzoeksgroep rond het echtpaar Glaser (Glaser et al., 1998) vond soortgelijke resultaten bij een anti-griep prik. Verzorgers van Alzheimer-patiënten en studenten tijdens een examenperiode bleken slechter te reageren op deze vaccinaties dan controlegroepen.

Een laatste voorbeeld betreft het effect van stress op de kans op succes na een IVF-procedure. In samenwerking met de afdeling Gynaecologie van het Nijmeegse academische ziekenhuis Radboud, is Antje Eugster als AIO bezig met een onderzoek op dit gebied. De voorlopige resultaten lijken er inderdaad op te wijzen dat bovenmatige angst de kans op bevruchting vermindert.

Ad (5). Wellicht valt het effect van stress op de informatieverwerking een beetje buiten de orde van wat tot nu toe besproken is, maar toch wilde ik dit onderwerp niet onaangeroerd laten. Onderzoek (o.a. Ley, 1989) heeft aangetoond dat er van de informatie die artsen verstrekken weinig begrepen wordt en weinig beklijft. Hoe komt dat nu? Zijn artsen niet in staat om hun boodschap goed te formuleren of heeft het ook te maken met de timing en de toestand van de patiënt op het moment dat de informatie verschaft wordt? Stress kan immers de informatieverwerking, het concentratievermogen en geheugenfuncties negatief beïnvloeden (Smith, 1990). Het is dan ook zaak om informatie en voorlichting niet te geven op een moment dat de patiënt in een zodanige emotionele toestand is dat hij of zij niet in staat is de aangeboden informatie te verwerken. Na een slecht nieuws-gesprek nog allerlei belangrijke zaken doornemen over medicijngebruik en wat de patiënt allemaal te wachten staat, vraagt dan ook om problemen. De praktijk leert dat het niet overdreven is om belangrijke informatie meerdere malen, in verschillende settings gestructureerd aan te bieden. Indien de patiënt ten gevolge van onbegrip of vergeetachtigheid niet of onvoldoende therapietrouw is, is dit eveneens een weg

waarlangs blootstelling aan stressprikkelers een negatieve invloed op het herstelproces kan hebben.

Kortom, stress maakt ons niet alleen meer kwetsbaar voor ziekte, het *kan* via allerlei wegen ook het herstel vertragen en de effecten van medische ingrepen negatief beïnvloeden. Let u vooral op het woord ‘kan’; het is namelijk niet zo dat stress een noodzakelijke of een voldoende voorwaarde is voor een negatieve beïnvloeding van lichaamsprocessen. Ook moet worden benadrukt dat er grote individuele verschillen bestaan. Hoe valt dat te verklaren? Waarom is de een stressgevoeliger dan de ander? Moderne stressmodellen laten zien dat niet alleen de aard en de intensiteit van de stressor bepalend zijn voor de aard en intensiteit van de stressreacties; meerdere factoren zijn in dit kader relevant. Denkt u daarbij aan eerdere ervaringen met stressrijke situaties, de manier van stresshantering, de mate van sociale steun die men krijgt, en wellicht ook nog een aantal persoonlijkheidseigenschappen (Van Heck, 1997; Vingerhoets & Rigter, 1994). In belangrijke mate worden de stressreacties ook bepaald door hoe we tegen een gebeurtenis of situatie aankijken. Wat voor de een een interessante uitdaging is, is voor de ander zo ongeveer het ergste wat hem/haar kan overkomen. Dat neemt niet weg dat het belangrijk is allereerst meer duidelijkheid te krijgen over wat ‘iets’ tot een stressor maakt.

Stress: de oorzaken

De term stressor verwijst naar elke prikkel, situatie, of omstandigheid die als bedreigend of potentieel bedreigend ervaren wordt. We moeten daarbij denken aan situaties die worden gekenmerkt door over- en/of onderbelasting, onzekerheid, onvoorspelbaarheid, gebrek aan beheersbaarheid, aantasting of bedreiging van de lichamelijke en/of psychische integriteit, of verlies van belangrijke sociale contacten en/of materiële bezittingen. In de literatuur worden stressoren ook wel ingedeeld op grond van de tijdsdimensie. Betreft het een acute, kortdurende stressor, een met meer of minder regelmaat terugkerende stressor, of een meer aanhoudende en chronische situatie? Deze

indeling is belangrijk gebleken omdat bij aanhoudende blootstelling aan stressprikkels ons lichaam een zich veranderende reactie te zien geeft, met als gevolg een verstoring van lichaamsprocessen, waardoor men vatbaarder wordt voor ziekte. Een laatste indeling van stressoren is naar de verbondenheid met rollen (onze rol als partner, ouder, werknemer, of patiënt) of naar leefsfeer, zoals systematisch kan worden weergegeven met behulp van een aantal concentrische cirkels (**zie figuur 1**).

In de figuur is te zien dat stressoren in de eerste plaats te maken kunnen hebben met onszelf, hoe we zijn, en hoe we functioneren. Denkt u daarbij aan uiterlijk, fysieke beperkingen, handicaps, verwondingen, verminking of ziekte. De volgende cirkel verwijst naar onze naaste omgeving, het gezin of onze leefeenheid. Voorbeelden hier zijn onze relatie met deze naaste personen; maar ook hun functioneren en welzijn, met name wanneer dat voor de betrokkene bijkomende zorgtaken en verantwoordelijkheid met zich meebrengt. De volgende cirkels omvatten onze sociale omgeving en onze werkomgeving. Ook op die niveaus kunnen we met tal van stressoren geconfronteerd worden, zoals een slechte of verstoorde relatie met vrienden, een hoge werkdruk of andere stressoren die verbonden zijn met de werksituatie en die uitgebreid beschreven zijn in de arbeidspychologische stressliteratuur. De op een na laatste cirkel is zeer veelomvattend; dit is het niveau van de maatschappij. Hier kan een veelheid van gebeurtenissen en omstandigheden gelokaliseerd worden zoals getuige zijn van ongelukken of rampen, wonen in een onveilige buurt, criminaliteit, wet- en regelgeving en allerlei maatschappelijke ontwikkelingen. Hier zou ik ook de gezondheidszorg willen situeren. Ten slotte is er nog als laatste schil, de natuurlijke leefomgeving, waarin zich, zoals het afgelopen jaar weer heel duidelijk is gebleken, een grote variëteit aan natuurrampen zoals aardbevingen, orkanen, overstromingen, vulkaanuitbarstingen kan voltrekken. Kortom, in elke leefsfeer en in elke levensfase doen zich omstandigheden voor die emoties oproepen en aanpassingen vergen. Stressoren horen dus bij het leven.

Stressoren in de gezondheidszorg

Maken we nu de vertaalslag naar de patiënt in de gezondheidszorg, waar in het juist beschreven schema kunnen we dan de stressoren plaatsen waaraan patiënten blootgesteld worden? Eerst en vooral (niveau 1) zien we dat ziekte, handicaps en verminkingen als stressoren kunnen worden aangemerkt (Prugh & Thompson, 1990; Schechter & Leigh, 1990). Waarom zijn dit stressoren en wat impliceert dat meer dan de cynische constatering dat ziek of gehandicapt zijn dus niet goed voor je gezondheid is? Om met het laatste te beginnen, door ziekte te beschouwen als een stressor, kunnen we met recht bevindingen uit de algemene stressliteratuur op deze situatie toepassen. We kunnen dan makkelijker begrijpen dat factoren, die eerder genoemd werden als medebepalend voor de aard en intensiteit van de stressreacties ook in dit geval hun invloed zullen doen gelden. Meer concreet maakt dit duidelijk dat stresshantering, sociale steun, en persoonlijkheid belangrijk zijn voor de kwaliteit van leven van de patiënt en wellicht ook voor het beloop of herstel van de ziekte (De Ridder & Schreurs, 1996).

Waarom zijn ziekte en handicap als stressoren te beschouwen? Vooral het werk van de Amerikaanse psycholoog Moos (1977) is in dit kader belangrijk. Deze onderzoeker heeft zijn zogeheten crisismodel ontwikkeld dat veel gelijkenis vertoont met moderne stressmodellen. In dat model wordt duidelijk gemaakt welke factoren relevant zijn voor aanpassing aan de ziekte. Belangrijke aspecten daarin zijn allereerst kenmerken van de ziekte of klachten, zoals de ernst van de ziekte, hoe invaliderend de ziekte is, of er sprake is van verminking, etc.

Een ernstige chronische of levensbedreigende ziekte of anderszins niet goed functionerend lichaam is een complexe stressor, omdat die vaak een soort kettingreactie van blootstelling aan andere stressoren tot gevolg heeft. Ziekte kan verlies van werk impliceren, hobby's moeten worden opgegeven en in financieel opzicht kan het belangrijke consequenties hebben. Ziekte kan voorts ingrijpende gevolgen hebben voor de relatie met naasten, waarvan men afhankelijk wordt. Kennissen weten zich geen raad hoe te reageren, vinden het eng om met ernstig zieken om te gaan, of blijven weg vanwege irreële besmettingsangsten, zoals nog steeds voorkomt bij AIDS-patiënten en zelfs nog bij

kanker. Maar ook kan het zijn dat de patiënt zelf vermijdingsgedrag gaat vertonen.

Nog een paar voorbeelden om te illustreren hoe stressrijk een ziekte kan zijn. De Amerikaanse psychiater Spiegel (1993, 1996) heeft veel ervaring met de begeleiding van patiënten met een levensbedreigende ziekte, zoals kanker met uitzaaiingen en AIDS. Een diagnose van kanker kan leiden tot symptomen van een posttraumatische stress-stoornis, die nog lang na de behandeling kunnen blijven voortduren. Evenzeer is gebleken dat het weer opnieuw de kop opsteken van kanker door veel patiënten als zeer traumatisch wordt ervaren. Hetzelfde geldt voor het bekend worden met het feit dat men HIV seropositief is. Onderzoek heeft aangetoond dat depressie, angst, zelfmoordneigingen en andere uitingen van psychische nood niet uitzonderlijk zijn in deze patiëntengroep. Op grond van zijn ervaringen concludeert Spiegel dat het lijden van deze patiënten aanzienlijk is wanneer ze niet in staat zijn om hun angst voor de dood onder ogen te zien, geen verantwoordelijkheid willen nemen voor moeilijke beslissingen in de tijd die hen resteert, niet het gevoel hebben dat ze gesteund worden door familie en vrienden, en niet in staat blijken om nog enige zin in het leven te zien.

Patiënten met een progressief verlopende ziekte moeten steeds weer hun verwachtingen en activiteiten bijstellen en zich aanpassen aan het stadium van de ziekte. Met het vorderen van de ziekte ervaren deze patiënten in toenemende mate de moeilijkheid de controle over hun lichaamsfuncties en sociale functioneren te handhaven. Als daar ook nog het vooruitzicht bij komt van geestelijke aftakeling, dan kan dat zeer beangstigend zijn voor de patiënt omdat die aspecten het wezenlijke zelf betreffen. Ook dan ligt het gevaar van sociale isolatie op de loer. Deze sociale isolatie kan verder nog versterkt worden indien de patiënt zich schuldig voelt voor de tijd en aandacht die hij of zij van anderen vraagt.

Om nog een heel andere groep te noemen. Ook met betrekking tot vrouwen die ongewild kinderloos zijn, is in de literatuur beschreven dat ze familie en vrienden met kinderen gaan vermijden en zich op die manier gaan isoleren. De psychische en sociale effecten van ongewilde kinderloosheid kunnen zeer ingrijpend zijn. Verlies van zelfwaardering, een negatief zelfbeeld (“ik faal in mijn vrouw-zijn”), verlies van

gezinscontinuïteit, een ongemakkelijk gevoel in de relatie met familie en vrienden, alsmede een bedreiging voor de huwelijksrelatie zijn wat dit betreft een aantal belangrijke aspecten (Eugster & Vingerhoets, 1999). Daarnaast is het moeten ondergaan van allerlei medische procedures zoals die toegepast worden bij IVF en andere reproductieve technologieën een niet geringe opgave, die een aanslag kunnen vormen op het psychisch en fysiek welbevinden.

Als laatste voorbeeld van de impact van ziekte of gebrek wil ik wijzen op patiënten, die betrokken zijn geweest bij rampen, ernstige ongelukken of geweldsdelicten en die ten gevolge daarvan ook nog ernstige psychische schade hebben opgelopen. Deze groep patiënten staat voor de dubbele taak om zowel lichamelijk en als in psychische zin te herstellen.

Zoals reeds uitgelegd, is niet alleen de aard van de ziekte of aandoening van belang voor de reactie van de patiënt. Ook persoonlijke en achtergrondfactoren blijken relevant. Zaken die in dit verband genoemd kunnen worden, zijn, bijvoorbeeld, religieuze opvattingen, persoonlijkheid, en leeftijd, waarvan mag worden aangenomen dat ze van belang zijn voor de wijze van stresshantering en hoe men de ziekte beleeft. Ten slotte noemt Moos het belang van de sociale en fysieke woonomgeving van de betrokkenen. Is er voldoende sociale steun? Kan de patiënt in voldoende mate voor zichzelf zorgen? Beschikt hij/zij over een aangepast huis of andere noodzakelijke faciliteiten? In meer recente modellen (zie Ogden, 1996; hoofdstuk 3; Petrie & Weinman, 1997) heeft voorts het begrip 'ziekterepresentatie' een plaats gekregen. Deze term verwijst naar de persoonlijke opvattingen van de patiënt over zijn/haar ziekte in termen van etiologie, duur, symptomen, gevolgen en geneesbaarheid. Onderzoek toonde aan dat hartpatiënten die hun infarct toeschreven aan stress, gedurende een acht jaar durende follow-up veel meer hartklachten hadden dan patiënten die niet dachten dat stress een factor van belang was (Affleck et al., 1987). Petrie et al. (1996) vonden dat ziekterepresentatie een veel belangrijker voorspeller was van werkhervatting en algemeen functioneren na een hartinfarct dan 'objectieve' indicatoren van de ernst van het infarct.

Al deze factoren zijn dus medebepalend voor de manier waarop tegen de ziekte

wordt aangekeken, hoe men daarmee meent te moeten omgaan en hoe de ziekte beleefd wordt. Wij krijgen dus een steeds vollediger, maar ook complexer beeld van zowel de psychische en sociale factoren alsook van de fysiologische processen die van invloed zijn op het ziekteproces. Hoe deze twee factoren elkaar wederzijds beïnvloeden en welke mechanismen bij specifieke ziektes van belang zijn, is in veel gevallen nog erg onduidelijk. Om daar meer over te weten te komen is interdisciplinaire samenwerking van psychologen met medisch specialisten en/of biomedisch onderzoekers noodzakelijk. Voor de klinische praktijk is het belangrijk dat men oog heeft voor aspecten als sociale steun en stresshantering, die kunnen meehelpen om de ziektelast beter draaglijk te maken. Hiermee nauw samenhangend dringt zich uiteraard de vraag op of met psychologische interventies het beloop van medische aandoeningen kan worden beïnvloed. Was dit tot voor kort nog een zeer controversieel onderwerp, er komen thans steeds meer aanwijzingen dat dit inderdaad het geval is. Ik kom daar later nog op terug.

Op het tweede niveau van stressoren noemde ik reeds het lichamelijk of psychisch welbevinden van naasten, waaronder de partner, kinderen, of ouders. In de literatuur zijn tal van voorbeelden te vinden, waaruit blijkt dat ziekte of handicaps van gezinsleden en de daarmee gepaard gaande zorgtaken een ingrijpend effect hebben op het welzijn van degenen die de verantwoordelijkheid hebben voor die zorg en hun gezondheid kunnen schaden. Zo is er geschreven over stress bij ouders met een pasgeboren baby op de neonaten intensive-care afdeling (Shandor Miles et al., 1993) en bij ouders met de zorg voor geestelijk en/of lichamelijk gehandicapte kinderen (o.a. Dyson, 1993; Floyd & Gallagher, 1997), waaruit blijkt hoe ingrijpend dergelijke omstandigheden kunnen zijn. De toestand van ouders met een kind op een intensieve-zorgafdeling is heel plastisch wel eens omschreven als een ‘emotionele achtbaan’. Naast alle onderzoeksliteratuur op dit gebied is het artikel van de kinderarts Schum (1989) zeer inzichtgevend. In dagboek-vorm doet deze arts verslag hoe hij de opname van zijn eigen kind in het ziekenhuis beleefd heeft.

Ging het in bovengenoemde onderzoeken meestal om subjectieve stressmetingen, vrij recent is aangetoond dat dergelijke zorgtaken ook kunnen resulteren in objectieve

gezondheidsklachten en een hogere medische consumptie. Kiecolt-Glaser et al. (1995) toonden bijvoorbeeld aan dat standaard aangebrachte wondjes bij (niet-professionele) verzorgers van demente bejaarden langzamer genazen dan bij een controlegroep. Een ander Amerikaans onderzoek (Dyck et al., 1999) bracht aan het licht dat huisgenoten van patiënten lijdend aan schizofrenie vatbaarder bleken voor infectieziekten. Speciaal voor de economen onder u, Patrick et al. (1992) toonden aan dat de kosten van het gebruik van medische voorzieningen van de leden van gezinnen, waarvan één lid was opgenomen geweest in het ziekenhuis, significant toenamen in de drie jaren daaropvolgend. Ten slotte is zeer recent gerapporteerd dat de sterfte onder ouderen die voor een zieke echtgenoot moesten zorgen twee keer zo groot was als in een vergelijkbare controlegroep (Schulz et al., 1999).

De les hieruit moge duidelijk zijn. Het stimuleren van thuiszorg heeft ook zijn keerzijde vanwege de genoemde effecten op het welzijn van de verzorgers. De bezuinigingen immers, die dat mogelijk oplevert, zullen in tweede instantie deels teniet worden gedaan doordat de stress, die dergelijke zorgtaken met zich meebrengen, tot uitdrukking komt in een hogere medische consumptie van de verzorgenden. Vanuit preventief oogpunt is aandacht voor het welbevinden van de verzorgers derhalve evenzeer gewenst en noodzakelijk als dat is voor de patiënt zelf.

Aan het derde en vierde niveau van de stressoren zal ik niet te veel aandacht schenken, aangezien deze niet het primaire aandachtsveld van dit betoog betreffen. Ik volsta slechts met de opmerking dat de werkomstandigheden in de gezondheidszorg en de soms onverantwoord grote mate van onderbezetting, waardoor verpleegkundigen steeds meer lijken te verworden tot verpleegkundig productiemedewerkers, een terechte reden tot zorg zijn, omdat de kwaliteit van de zorg hierdoor wordt aangetast. Het laat zich raden dat een hoge werkdruk een goede zorg en adequate bejegening van de patiënt in de weg staat. Ook onder medici is er in toenemende mate sprake van burn-out (Hoogduin in Maassen, 1999). Amerikaans onderzoek heeft aangetoond dat stress de kans op fouten door medisch specialisten aanzienlijk deed toenemen. Een stressmanagement-interventie had daarentegen een zeer positief effect op het aantal rechtsprocedures dat tegen

ziekenhuizen werd aangespannen (Jones et al., 1988). Overigens is ook aangetoond (o.a. Charles et al., 1987; 1988) hoezeer artsen gebukt kunnen gaan onder dergelijke aanklachten en juridische procedures. Het is niet uitzonderlijk dat aanklachten in verband met medische fouten door artsen beschouwd worden als het ergste wat hun ooit is overkomen. Hoewel ik dienaangaande geen onderzoek ken, lijkt het me zeer waarschijnlijk dat het functioneren van dergelijke artsen daardoor negatief wordt beïnvloed met alle risico's van dien.

Op het volgende, het vijfde niveau van stressoren neemt het contact van de patiënt met de gezondheidszorg een belangrijke plaats in. Meer specifiek betreft dit opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling en het moeten ondergaan van medische ingrepen. Verrassend genoeg is er – en dat geldt zeker voor Nederland – zeer weinig onderzoek gedaan naar hoe patiënten een ziekenhuisopname ervaren. Wat het moeten ondergaan van pijnlijke medische procedures ten behoeve van diagnostiek of behandeling voor effecten heeft op de patiënt is daarentegen vaak onderzocht.

Wanneer het gaat om ziekenhuisopname, beginnen tekstboeken op ons vakgebied soms met het relaas van de Canadese journalist Norman Cousins (1979), die overigens op wonderbaarlijk wijze herstelde van een ongeneeslijke ziekte. In cartoon-achtige beelden schetst deze auteur zijn ervaringen zoals het wakker gemaakt worden om een slaappil in te nemen, het gebrek aan privacy en de vereiste volledige onderwerping aan het ziekenhuisregime, samengaand met verveling en gebrek aan mogelijkheden om te communiceren en afleiding te zoeken. Hij concludeert dan ook dat een ziekenhuis absoluut geen plaats is voor zieke mensen.

Hoezeer moet dit serieus genomen worden? Is dit niet de mening van een querulant uit een ander land, een oordeel van al twintig jaar geleden, en dus gedateerd? Laten we er daarom ook eens enige onderzoeksresultaten bijhalen. Toegegeven, ook hiervoor geldt dat de onderzoeken, op een enkele uitzondering na, niet in Nederland en ook al weer even geleden zijn uitgevoerd. Niettemin denk ik dat ze goed illustreren wat patiënten bezighoudt en waarover ze zich zorgen maken. Een Canadees onderzoek onder zwangere vrouwen die vanwege verhoogde kans op complicaties waren opgenomen in het

ziekenhuis (White & Ritchie, 1984) leverde het volgende rijtje stressoren op: (1) het gescheiden zijn van de thuissituatie; (2) de ziekenhuisomgeving; (3) zorgen over de eigen gezondheid, van het ongeboren kind, en die van medepatiënten; (4) slechte communicatie met artsen en verpleegkundigen; (5) overdenken van de eigen situatie als ziekenhuispatiënt; (6) emoties samenhangend met de op handen zijnde bevalling en de nieuwe gezinssituatie; en (7) zorgen omtrent de thuissituatie. Bij deze vrouwen bleek dus de scheiding van de thuissituatie en de veelheid van emoties die samenhangen met de zwangerschap de meeste invloed te hebben op hun welbevinden. Deze specifieke groep vrouwen zag zich derhalve geplaatst voor de noodzaak van aanpassing aan de ziekenhuissituatie, terwijl ze tegelijkertijd moesten zien om te gaan met de emotionele, fysiologische en sociale veranderingen die inherent zijn aan een zwangerschap. Voorts bleek dat bij de vrouwen die langer dan twee weken in het ziekenhuis moesten verblijven, er een sterke toename in het aantal stressreacties werd geconstateerd. Dit voorbeeld illustreert fraai hoe een (langdurige) ziekenhuisopname het welbevinden van deze vrouwen negatief beïnvloedt en mogelijk daardoor de kans op problemen bij de bevalling of met het kind verhoogt.

Koenig et al. (1995) deden vergelijkbaar onderzoek onder oudere ziekenhuispatiënten met het volgende resultaat: (1) problemen met artsen of verpleegkundigen (o.a. geen informatie krijgen, niet reageren op vragen, etc.); (2) het moeten ondergaan van diagnostische procedures en medische ingrepen (waarbij ook inbegrepen bijwerkingen van medicatie, in je slaap gestoord worden voor bloedmonsters, etc.); (3) de ziekenhuisomgeving (inclusief gebrek aan faciliteiten of verpleegkundige onderbezetting, lawaai, rigide ziekenhuis routines, etc.); (4) zich zorgen maken over de thuissituatie en de scheiding van de thuissituatie; (5) onvoldoende informatie over de diagnose en prognose; en (6) angst voor afhankelijkheid, verlies van autonomie, en gebrek aan beheersbaarheid. Ten slotte was er nog een gemengde categorie, met zeer uiteenlopende zaken als pijn als gevolg van specifieke aandoeningen, gebrekkige informatieuitwisseling tussen huisartsen en specialisten, etc.

Van Servellen et al. (1990) richtten zich op AIDS-patiënten. Naast de gebruikelijke

stressoren (o.a. verlies van onafhankelijkheid, verwijderd zijn van geliefden, etc.), speelde bij deze groep nog mee dat ze met een grote mate van onzekerheid te maken kregen over hun eigen toestand. Ook bleek er relatief vaak sprake van onpersoonlijk of discriminerend gedrag van de kant van verpleegkundigen en medepatiënten. Dit gold met name wanneer ze samen met patiënten met andere aandoeningen op een afdeling lagen.

In het onderzoek van Hardy et al. (1996) ging het om de tevredenheid van de patiënt. Bepalend hiervoor waren het contact tussen patiënt en behandelaars, meer in het bijzonder de informatieverstopping en de mate van aandacht voor de psychische en sociale aspecten van de ziekte. Voorts werden allerlei zaken van meer organisatorische aard zoals de begeleiding bij de opname, mogelijkheden voor patiëntenparticipatie en ziekenhuisfaciliteiten (waarbij inbegrepen de kwaliteit van het eten, de keuzevrijheid daarin, bezoeksregeling, etc.) genoemd.

Bertakis et al. (1991) laten eens te meer zien hoe belangrijk patiënten het vinden om duidelijke informatie aangereikt te krijgen en om gelegenheid te hebben om met de behandelaars te praten over hun angsten en zorgen. Opmerkelijk genoeg bleek in dit onderzoek dat dokters noch de hoeveelheid en soort informatie waar patiënten behoefte aan hadden, noch de effectiviteit van hun eigen informatieverstopping goed wisten in te schatten. Hoe dat verklaard moet worden is niet duidelijk. Is dit een gevolg van het (tijdelijk) verminderd vermogen om informatie te verwerken van de kant van de patiënt of schort er inderdaad wat aan de informatieverstopping? Het gevolg is hoe dan ook onzekerheid bij de patiënt, hetgeen zich makkelijk kan uiten in stressreacties.

In Nederland deed Van der Ploeg (1988) onderzoek naar welke specifieke medische zaken door patiënten als bedreigend werden ervaren. Hoog scoorden anaesthesie, operaties, ziekenhuisopname, maar vooral ook weer gebrekkige communicatie met behandelaars, in het bijzonder artsen die niet naar de patiënt luisteren of niet adequaat op vragen ingaan alsmede onvoldoende informatie krijgen over de ziekte en de behandeling.

Samengevat blijkt dat vooral onzekerheid over wat de patiënt te wachten staat en verrassend genoeg ook het gescheiden zijn van de thuissituatie zaken te zijn die stress

kunnen opwekken. Patiënten komen vaak een ziekenhuis binnen met angst en onzekerheid over wat ze precies mankeren en/of wat hun in het ziekenhuis zoal te wachten staat. Daarnaast kunnen ze zich zorgen maken over wat ze thuis of op het werk hebben moeten achterlaten. De patiëntenrol gaat vaak gepaard met verlieservaringen, in het bijzonder als er geen plaats meer is voor pleziertjes en men hobby's of verantwoordelijkheden heeft moeten laten vallen. Een ziekenhuisopname vereist dat men zich schikt in de rol van patiënt, met alle onzekerheid en vormen van gebrek aan beheersbaarheid van dien. Van de patiënt wordt verwacht dat hij/zij zich geheel schikt naar de regels van het ziekenhuis, die niet zozeer bedacht zijn met de intentie om het de patiënt zo aangenaam mogelijk te maken, maar veel meer om het werk van de artsen en verpleging zo makkelijk mogelijk te maken.

Een ziekenhuisopname impliceert niet alleen aanpassing aan een geheel nieuwe omgeving; veel patiënten hebben klaarblijkelijk ook moeite met de (tijdelijke) breuk met de eigen vertrouwde fysieke en sociale omgeving. Dit is bij uitstek een situatie waarin heimwee optreedt. Opvallend genoeg is er tot nu toe nauwelijks aandacht besteed aan heimwee in het ziekenhuis. Sinds het belangrijke klassieke werk van Bowlby (1973) betreffende de reacties van kinderen op de scheiding van hun primaire verzorgers, is er veel aandacht besteed aan kinderen die opname in het ziekenhuis te wachten staat. Er zijn terecht veel programma's ontwikkeld om kinderen en ouders hierop goed voor te bereiden en er zijn ingrijpende aanpassingen gekomen in bezoeksregelingen en procedures om de ouders zoveel mogelijk met hun kinderen te kunnen laten samenzijn. In schril contrast daarmee staat het ontbreken van onderzoek naar de effecten van een ziekenhuisopname op volwassenen, hoewel in de jaren zestig al werd aangetoond dat een ziekenhuisopname de afscheiding van stresshormonen stimuleerde (zie Vingerhoets, 1985). Uit het promotieonderzoek van Miranda van Tilburg (1998) is evenwel overduidelijk gebleken dat heimwee ook bij volwassenen zeer ernstige psychische en lichamelijke gevolgen kan hebben, waarvan mag worden verondersteld dat ze interfereren met genezing en herstelprocessen. Blijkbaar wordt – ten onrechte – vrij algemeen aangenomen dat een ziekenhuisopname voor een volwassene geen probleem vormt en dat hij of zij zich

makkelijk zal kunnen aanpassen. Dat lijkt echter weersproken te worden door niet gepubliceerde onderzoeksgegevens van Van Tilburg, waaruit bleek dat in een algemene steekproef bestaande uit meer dan 400 volwassenen een derde aangaf heimwee te hebben ervaren tijdens een ziekenhuisopname. Hoewel dit cijfer zich moeilijk laat interpreteren omdat we niet weten hoeveel van die personen ooit in het ziekenhuis opgenomen zijn geweest en omdat ook niet bekend is of dit ging om een ervaring als volwassene of als kind, lijkt het niettemin voldoende aanleiding om hier eens specifiek onderzoek naar te doen.

Kortom, terwijl een gezond iemand alleen maar te maken heeft met stressoren uit het dagelijkse leven, geldt voor een patiënt dat de ziekte en de behandeling daar nog als extra stressoren bijkomen.

Er zijn de laatste jaren steeds meer initiatieven om patiënten beter voor te bereiden op een ziekenhuisopname en medische ingrepen. Ook is sinds 1995 de wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) in werking getreden (zie o.a. Consumentenbond, 1995, 1996). In de opleiding voor artsen is veel meer aandacht gekomen voor hoe men patiënten dient te bejegenen. In het ontwerp en de inrichting van ziekenhuizen is ook de nodige ontwikkeling te bespeuren. Is het beeld dat ik u heb geschetst nog wel een juiste afspiegeling van de gang van zaken in ziekenhuizen? Of is wat ik u heb verteld enigszins achterhaald? Wat te denken van het volgende recente relaas van een Nederlandse politiemann, die ernstig gewond raakte in een schietincident en vervolgens op een afdeling intensieve zorg van een academisch ziekenhuis werd opgenomen. De betreffende agent leed ten gevolge van het schietincident aan een post-traumatische stress-stoornis. Over zijn ervaring in het ziekenhuis verhaalt hij als volgt:

“Bij het ziekenhuis stond een hele horde blauwe, witte, en groene pakjes klaar, die me in draf naar de operatiekamer brachten. Daar is van alles met me gebeurd. Ik was wel bij, maar ik heb het niet bewust meegemaakt. Ik heb vooral dingen gehoord, niet echt gezien. Daarna hebben ze me op de intensive care een aantal dagen onder zeil gehouden; om te blijven slapen. Toen naar high care. Daar hoorde ik constant het piep-piep-piep van

allerlei monitoren en dan opeens hoorde je weer één langgerekte toon, net als in een film wanneer er iemand doodgaat. Ik vond dat nog erger dan die hele schietpartij. En als ik de zuster vroeg wat er aan de hand was, zei ze: “Mond houden, niks aan de hand!”. Daar was ik dus niet blij mee (in Van Delft, 1999, p. 52).

Deze patiënt ervaart dus een verblijf op een intensive care unit, wat geacht wordt bij uitstek heilzaam en herstelbevorderend te zijn, als emotioneel ingrijpender dan ernstig verwond raken in een schietincident. Dat zegt nogal wat over de dreiging die van een verblijf op een dergelijke afdeling uitgaat. En met name de reactie van de verpleegkundige illustreert dat het in veel onderzoek gerapporteerde gebrek aan informatie blijkbaar nog steeds een hoogst actueel thema is.

Wat is er er aan te doen?

Globaal genomen zijn er drie methodes om de confrontatie met de gezondheidszorg minder stressrijk en meer patiënt-vriendelijk te maken:

- (1) stressoren elimineren of de intensiteit ervan reduceren;
- (2) de patiënt steun bieden en goed voorbereiden op wat hem/haar te wachten staat. De sociale steun zou idealiter zowel emotioneel steunend als informatief van aard moeten zijn. In het verlengde hiervan kan men de patiënt aanleren om op de meest adequate wijze om te gaan met de pijn en het ongemak van een bepaalde diagnostische procedure of ingreep;
- (3) de patiënt leren om te ontspannen om zodoende fysiologische stressreacties te dempen.

Uiteraard heeft de eerste beschreven strategie zijn praktische beperkingen. Ziekenhuisopname en medische ingrepen zijn immers bijna per definitie noodzakelijk en zullen hoe dan ook nooit als een feest ervaren worden. Maar waarom zouden een aantal

veranderingen die op kinderafdelingen gerealiseerd zijn niet ook op volwassenafdelingen kunnen worden doorgevoerd? Er kan nog meer gedaan worden om de patiënt beter voor te bereiden op procedures. Meer openheid en een betere informatievervalschafting, waardoor onzekerheid wordt gereduceerd, moet in principe weinig problemen opleveren. Evenzo zijn de mogelijkheden om de patiënt meer te betrekken bij beslissingen en meer controle te geven nog lang niet uitgeput. Om dit te illustreren grijp ik graag terug op een aantal voorbeelden.

Het is opmerkelijk dat een methode als patiënt-gedirigeerde toediening van pijnmedicatie ('Patient-controlled analgesia'), een methode die in veel onderzoeken (zie Ellis et al., 1999; Ferrell et al., 1992; Owen & Plummer, 1997) als bijzonder positief wordt ervaren, nog steeds niet op grote schaal wordt toegepast. Bij deze methode dient de patiënt zichzelf via een infuus pijnstillende middelen toe, op het moment dat hij/zij daaraan behoefte meent te hebben. De patiënt heeft dus zelf algehele controle over de toediening van de medicijnen. Hoewel er niet altijd sprake is van minder gebruik van medicatie, blijken de pijn en de bijwerkingen wel altijd minder te zijn. Daarnaast zijn er ook nog een aantal andere positieve uitkomsten gerapporteerd, zoals een kortere verblijfsduur na een chirurgische ingreep (Thomas et al., 1993).

Een tweede voorbeeld van een simpele aanpassing met belangrijke positieve effecten op het welzijn van voormalige borstkankerpatiënten is beschreven door Andersen (geciteerd in Lerche Davis, 1999). Zij toonde aan dat het kunnen meebeslissen over het tijdstip en de wijze waarop de nacontroles zouden moeten plaatsvinden, de kwaliteit van leven van deze vrouwen enorm positief beïnvloedde en hun angstniveaus deed afnemen.

Mooi aansluitend op het verhaal van de politieagent is het onderzoek van Russek en Schwartz (1998). Deze psychologen vroegen proefpersonen zich voor te stellen dat ze in het ziekenhuis op de intensive care lagen en peilden of ze de voorkeur gaven aan de situatie, zoals die thans is, waarbij alarmsignalen bij het bed van de patiënt afgaan of aan een stil alarm dat alleen zichtbaar en/of hoorbaar is in een centrale controlekamer. Maar liefst 91% gaf de voorkeur aan de tweede optie. Minstens zo interessant als de uitkomst van dit onderzoek is het feit dat het is uitgevoerd door de dochter van een befaamd

Amerikaans cardioloog, die nota bene op een intensive care is overleden. De onderzoekster bemerkte in die situatie zowel bij haar zieke vader, bij zichzelf, als bij het verpleegkundig personeel overmatige stressreacties, wanneer plots weer allerlei onheilspellend klinkende alarmsignalen afgingen.

Overigens kunnen ook meer indirecte en niet formele vormen van informatieverschaffing en onzekerheidsreductie tot positieve effecten leiden. Zo bleek uit onderzoek van de Amerikaanse onderzoeker Kulik en zijn medewerkers (Kulik & Mahler, 1987; Kulik et al., 1996) dat hartpatiënten sneller herstelden, wanneer ze voor hun operatie samen op een kamer lagen met een patiënt, die diezelfde operatie juist ondergaan had, vergeleken met wanneer ze samen op een kamer lagen met iemand die ook nog een operatie moest ondergaan. Helaas voor de eerste klas verzekerden onder u: patiënten die alleen op een kamer lagen, bleken het traagst te herstellen.

Een aspect dat in ziekenhuizen, maar wellicht nog veel meer in verpleeg- en verzorgingstehuizen aan de orde is, is onderstimulatie en verveling. In een op zich goedbedoelde poging om zieke mensen rust te geven (behalve wanneer het ziekenhuisregime anders vereist) wordt hen tegelijkertijd vaak alles uit handen genomen wat het verblijf nog enigszins boeiend, interessant en de moeite waard zou kunnen maken. Dit gevoegd bij het gegeven dat recent nog eens duidelijk is gebleken dat bedrust in veel gevallen het herstel niet bevordert (Allen et al., 1999), vraagt om een heroverweging over hoe patiënten hun dagen in het ziekenhuis moeten doorbrengen zodat het hun welbevinden bevordert en het herstel stimuleert. Dit alles uiteraard met inachtneming van de psychische en lichamelijke gesteldheid van de patiënt.

Naast bovengenoemde suggesties voor aanpassingen van procedures, lijkt het de moeite waard om na te gaan in hoeverre het mogelijk en zinvol is om meer gestructureerde psychologische interventies toe te passen. Chiles et al. (1999) voerden onlangs een meta-analyse uit, waarbij ze 91 onderzoeken over het effect van dergelijke interventies op medische uitkomstmaten (en de kosten daarvan) betrokken. In zijn commentaar daarop concludeert Russo (1999) dat met name de volgende twee soorten interventies klinisch relevante resultaten opleveren: ten eerste, interventies gericht op het

beter omgaan met de angst voorafgaand aan chirurgische of andere medische ingrepen en, ten tweede, voorlichting aan patiënten, zodat ze beter begrip hebben van de procedures en het typische beloop van het herstel.

Ik zou verder willen pleiten voor meer onderzoek naar de effecten van simpele psychologische interventies, zoals de door Pennebaker (zie o.a. Pennebaker, 1997; Smyth, 1998) ontwikkelde schrijfopdracht. Dit houdt niet meer in dan dat gedurende een aantal dagen 15 tot 20 minuten geschreven wordt over stressrijke ervaringen waarmee men nog steeds worstelt. De resultaten tot nu behaald met deze interventie, met name bij personen die een traumatische ervaring zoals een ongeval of geweldsituatie hebben meegemaakt, maar ook bij patiënten met somatische problemen als astma en reuma (Smyth et al., 1999) zijn zeer veelbelovend en lijken het te rechtvaardigen om deze methode op ruimer schaal toe te passen.

Daarnaast zijn er tal van publicaties waaruit blijkt dat meer traditionele psychologische interventies gunstige effecten kunnen hebben op zeer verschillende klinische uitkomstmaten, zoals, onder andere, geïllustreerd in Chiles et al. (1999), Holden-Lund (1988) en Johnston en Vögele (1993). Dergelijke studies zijn verricht bij diverse patiëntgroepen, overigens met wisselend resultaat. Waarom de ene keer wel en de andere keer geen positief resultaat wordt behaald is vooralsnog onduidelijk en behoeft verder onderzoek. Niettemin zijn er voorbeelden van zeer positieve effecten op klinische uitkomstmaten bij kanker-, AIDS-, reuma- en hartpatiënten.

Wat betreft het aanleren van ontspanning met behulp van technieken als progressieve relaxatie, allerlei vormen van yoga, autogene training, ademhalingsoefeningen, zelf-hypnose, etc. (zie o.a. Lehrer & Woolfolk, 1993) zou ik tevens willen wijzen op het belang van een omgeving die meehelpt om in een toestand van ontspanning te geraken. In dit kader dringt een fascinerend onderzoek van Ulrich (1984) zich aan mij op, die aantoonde dat chirurgische patiënten op een kamer met uitzicht op een bos sneller herstelden, minder pijnmedicatie nodig hadden en ook een kortere opnameduur hadden dan een vergelijkbare groep patiënten met uitzicht op een stenen muur. Later toonden deze onderzoeker en zijn medewerkers (Ulrich et al., 1991) in

een laboratoriumexperiment aan dat blootstelling aan een natuurfilm een snel herstel van de psychologische en fysiologische reacties op een stressvolle film bevorderde. Of we op basis hiervan mogen concluderen, zoals de firma Bedscape ons wil doen geloven dat een bedscreen met natuurscenes en een bijbehorende CD met natuurgeluiden ook het herstel stimuleert, lijkt me wat voorbarig, maar is misschien wel een onderzoek waard.

De vraag is voorts in hoeverre het zinvol is om de patiënt ook tijdens de revalidatie en het verdere herstel thuis betere begeleiding te geven of in ieder geval meer handreikingen te bieden om beter om te kunnen gaan met wat hem/haar dan te wachten staat. De mogelijke gevolgen voor werk, de relatie met de partner en verdere psychosociale dimensies van de ziekte mogen daarbij niet over het hoofd gezien worden. Patiëntenverenigingen en vrijwilligersorganisaties (o.a. lotgenotencontacten) kunnen daarbij een belangrijke functie vervullen. Anderzijds zal een behandelaar moeten respecteren dat een patiënt geen zin heeft om zich bij dergelijke organisaties aan te sluiten, maar niettemin wel behoefte heeft aan begeleiding en informatie. In een dergelijke situatie mag een behandelend arts zich niet aan zijn verantwoordelijkheid onttrekken.

Laat ik voor een goed begrip duidelijk stellen dat er niet meer wondergenezingen verwacht moeten worden van meer aandacht voor de het psychisch welbevinden van de patiënt. Niettemin denk ik dat er hierdoor belangrijke winst kan worden geboekt in termen van meer welzijn, minder complicaties en minder medicijngebruik. Verpleegkundigen zouden wat dit betreft betere scholing moeten krijgen. In de opleiding van deze beroepsgroep is er naar mijn mening te weinig aandacht voor specifiek gezondheidspsychologie. Kennis van een aantal belangrijke basisprincipes uit dit vakgebied zou hun beroepsuitoefening meer inhoud kunnen geven en de patiënt ten goede kunnen komen. Voor een aantal veelbelovende interventies geldt dat ze vrij makkelijk zijn aan te leren en toe te passen in de dagelijkse praktijk van verpleegkundigen en dat de werkdruk er nauwelijks of niet door zal toenemen.

Kortom, de normale gang van zaken in een ziekenhuis en de traditionele passieve rol van de patiënt moet ter discussie worden gesteld. Ook zouden er meer mogelijkheden

moeten komen voor kleinschalige experimenten, waarin nagegaan wordt op welke wijze patiënten actiever betrokken kunnen worden om de relevante informatie, waaraan zij behoefte hebben op te zoeken en hoe ze bewuster bezig kunnen zijn met hun herstel. De toepassing van multimedia-technieken biedt daartoe veel mogelijkheden. De patiënt kan dan zelf bepalen wat hij/zij wel en niet wenst te weten. Uiteraard dienen dergelijke initiatieven zorgvuldig en kritisch geëvalueerd te worden. Ik zou derhalve willen pleiten voor de instelling van een periodiek onderzoek om de kwaliteit van de zorg in instellingen te evalueren. Het initiatief van de Consumentenbond, in samenwerking met het NIVEL (1999) lijkt een eerste stap in de goede richting, maar zou wat mij betreft, nog uitgebreid moeten worden met de hier besproken aspecten.

Individuele verschillen

Ik heb getracht in bovenstaande een aantal ideeën en richtingen waarin gedacht zou moeten worden aan te reiken om een ziekenhuisverblijf niet alleen aangenamer, maar ook meer gezondheidsbevorderend te maken. Reductie van onzekerheid en controleverlies zijn daarbij een paar belangrijke aspecten. Het ligt dan ook voor de hand om het hele proces van opname en behandeling kritisch tegen het licht te houden en waar mogelijk procedurele verbeteringen aan te brengen. Zulks is tot nu toe op beperkte schaal gedaan, maar de eerlijkheid gebied te zeggen niet altijd met het verwachte positieve resultaat. De praktijk blijkt wat dit betreft complexer en weerbarstiger dan gedacht. Voor een deel heeft dat te maken met individuele verschillen tussen patiënten. Het blijkt dat lang niet alle patiënten gesteld zijn op uitvoerige informatie. Sterker nog, sommigen geven er de voorkeur aan om zo weinig mogelijk te weten over wat hen te wachten staat wanneer ze bijvoorbeeld een operatie moeten ondergaan. “Wat niet weet, wat niet deert”, luidt hun motto. Informatie maakt de situatie voor hen alleen maar beangstigender en bedreigender. Evenzeer is gebleken dat een belangrijke groep absoluut geen prijs stelt op inspraak en zonder problemen en vol vertrouwen hun lot legt in de handen van de medisch specialist, die “er immers voor heeft doorgeleerd”. Ook voor de patiënt-ge dirigeerde toediening van

pijnmedicatie lijkt dit op te gaan. Psychologisch onderzoek naar deze methode (o.a. Johnson et al., 1989; Reynaert et al., 1995) leverde de te verwachten inter-individuele verschillen op, in die zin dat patiënten met een meer interne beheersingoriëntatie deze methode inderdaad meer waarderen dan patiënten met een externe beheersingsoriëntatie.

Tevens is gebleken dat als er informatie verschaft wordt, het soort informatie erg van belang is. Patiënten vinden het niet alleen belangrijk te horen wat er gaat gebeuren, d.w.z. informatie over de procedure en de gang van zaken, maar vooral ook wat ze zullen ervaren of voelen. De wetenschap dat bepaalde sensaties en gedragsneigingen (bijv. kokhalzen bij een maag/darmonderzoek) heel vaak voorkomen en niet verontrustend zijn, is geruststellend en minder beangstigend dan de onjuiste interpretatie dat dergelijke sensaties er op wijzen dat er iets niet goed gaat. Er zal dan ook zoveel mogelijk gestreefd moeten worden naar maatwerk, hetgeen impliceert dat er in de gesprekken met de patiënt plaats voor deze onderwerpen moet worden ingeruimd.

Tot besluit

Ik kan me voorstellen dat u van deze lezing niet vrolijk wordt. U hebt wellicht de indruk gekregen dat stress een veelkoppig monster is dat alleen maar kommer en kwel teweeg brengt en daarom op alle mogelijke manieren bestreden dient te worden. Ik denk ook dat dit zeker voor patiënten, die extra kwetsbaar zijn, in belangrijke mate geldt. Anderzijds wil ik u eigenlijk toch niet met die gedachte naar huis laten gaan. In de eerste plaats wil ik nogmaals benadrukken dat ik vaak het woord ‘kan/kunnen’ of ‘mogelijk’ heb toegevoegd. Stress *kan* leiden tot dit en dat, maar dat is geen noodzakelijke uitkomst. In veel gevallen valt het met de negatieve gezondheidseffecten mee en is daarvan pas sprake, als de persoon om andere reden (bijv. vanwege een erfelijke aanleg of door gezondheidsondermijnend gedrag) al kwetsbaar is. Daarbij komt dat het succesvol omgaan met stress-situaties ons loutert en een persoonlijk groeiproces stimuleert. Zo is

gebleken dat personen, die in hun kindertijd tegenwind hebben gehad maar daar, onder andere door goede begeleiding en steun goed uit zijn gekomen, stressbestendiger zijn dan zij voor wie de kindertijd alleen maar een periode van zorgeloosheid en wind in de rug was (Dyer & Minton McGuinness, 1996; maar zie ook Charles et al., 1988 voor een interessante gedachte hierover met betrekking tot de reacties van artsen op een medische fout). Wellicht geldt dit zelfs in bepaalde gevallen voor patiënten lijdend aan een ernstige ziekte. Met name bij kankerpatiënten zijn er meerdere voorbeelden gerapporteerd van opmerkelijke metamorfoses. Deze patiënten lijken een andere kijk op het leven te krijgen en kunnen veel intenser en meer van het leven genieten. Meer dan eens is in onderzoek gevonden dat kankerpatiënten een hogere kwaliteit van leven rapporteerden dan patiënten met andere aandoeningen en zelfs gezonde mensen. Kleber (1999) sneed dit onderwerp in zijn rede over psychotraumatologie ook al aan. Wat is hier aan de hand? Is dit alleen maar een soort meetartefact, zoals sommigen denken, of zit er inderdaad meer achter en zijn dit voorbeelden hoe mensen zich soms op wonderlijke wijze kunnen aanpassen aan stressrijke omstandigheden (Remie & Garssen, 1997)? Betreft dit een puur psychologisch proces? Of spelen biologische mechanismen hierbij misschien ook nog een rol? Ik kan me uw verwonderde blikken voorstellen; maar toch is deze hypothese wellicht minder gewaagd dan u denkt. Een paar voorbeelden. Geenen en Godaert (1995) speculeren dat bepaalde biologische stressreacties een positief effect zouden kunnen hebben op ontstekingsprocessen en derhalve ook op het ziektebeloop van reumapatiënten. Ivan Nyklicek (1997) toonde in zijn proefschrift aan dat mensen met verhoogde bloeddruk – die zich daarvan niet bewust zijn – *minder* klachten en *minder* stress-situaties en dus *meer* welbevinden rapporteren dan normotensieven, ook al blijkt een objectieve inventarisatie van de stressoren waaraan ze blootstaan op het tegengestelde te wijzen. Zorgt de verhoogde bloeddruk er voor dat deze mensen een soort roze brilletje op krijgen? Komt dat misschien omdat de hersenen in die omstandigheden bepaalde stoffen – o.a. endorfinen – vrijmaken, die er voor zorgen dat men minder gevoelig wordt voor pijn en dat de stemming verbeterd wordt? En waarom huilen wij eigenlijk wanneer we in kommervolle omstandigheden verkeren en bij pijn? Na een huilbui voelen we ons, naar

eigen zeggen, vaak veel beter. Is dat ook omdat daardoor de juist genoemde stoffen worden vrijgemaakt of omdat de sociale omgeving dan zeer bereid is om emotionele steun te verlenen? Dat zal nog moeten blijken uit het promotieproject van Suzanne Stougie.

Het vele stressonderzoek tot nu toe heeft ons vooral geleerd wat de negatieve gevolgen ervan kunnen zijn en welke de daarbij betrokken biologische mechanismen zijn. Maar ik denk dat er vaak ook een positieve keerzijde is, die tot nu toe nog te veel onderbelicht is gebleven. Met name korte-termijn stressreacties moeten gezien worden als een adaptief mechanisme; zij blijken, wellicht meer dan algemeen wordt verondersteld, wel degelijk nuttig en functioneel te kunnen zijn. Ik ben dan ook van mening dat het belangrijk is onderzoek te blijven doen naar de klinische gevolgen van stress, de oorzaak van de individuele verschillen daarin, en de effecten van psychologische en andersoortige interventies. Daarnaast, denk ik, dat de tijd rijp is voor fundamenteel onderzoek naar genoemde keerzijde van stress en de daarbij betrokken fysiologische en psychologische mechanismen. Met mijn collegae, AIOs, en studenten hoop ik in de toekomst aan beide onderzoeksthema's het nodige te kunnen bijdragen.

Dankzegging

Ik ben Johan Denollet en Marije Berting veel dank verschuldigd voor hun kritische commentaar en waardevolle opmerkingen. Rinus Verkooijen was verantwoordelijk voor de tekstverwerking en lay-out.

Literatuur

Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., & Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 29-35.

Allen, C., Glasziou, P., & Del Mar, C. (1999). Bed rest: A potentially harmful treatment needing more careful evaluation. *Lancet*, 354, 1229-1233.

Bertakis, K.D., Roter, D., & Putnam, S.M. (1991). The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Journal of Family Practice*, 32, 175-181.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books.

Charles, S.C., Warnecke, R.B., Wilbert, J.F., Lichtenberg, R., & DeJesus, C. (1987). Sued and nonsued physicians. Satisfactions, dissatisfactions, and sources of stress. *Psychosomatics*, 28, 462-468.

Charles, S.C., Warnecke, R.B., Nelson, A., & Pyskoty, C.E. (1988). Appraisal of the event as a factor in coping with malpractice litigation. *Behavioral Medicine*, 14, 148-155.

Chiles, J.A., Lambert, M.J., & Hatch, A.L. (1999). The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 204-220.

Consumentenbond (1995). Rechten patiënt nu wettelijk beschermd. *Consumentengids*, 43 (april), 241-243.

Consumentenbond (1996). Patiëntenrechten. Quiz: test uw kennis van patiëntenrechten. *Consumentengids*, 44 (februari), 116-118.

Consumentenbond (in samenwerking met NIVEL) (1999). Maatlat langs ziekenhuizen. *Consumentgids*, 47 (september), 8-15.

Cousins, N. (1979). *Anatomy of an illness*. New York: Norton.

Dyer, J.G., & Minton McGuinness, T. (1996). Resilience: Analysis of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10, 276-282.

De Ridder, D., & Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: A research agenda. *Psychology, Health & Medicine, 1*, 71-82.

Dyck, D.G., Short, R., & Vitaliano, P.P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic Medicine, 61*, 411-419.

Dyson, L.L. (1993). Response to the presence of a child with disabilities: Parental stress and family functioning over time. *American Journal of Mental Retardation, 98*, 207-218.

Ellis, J.A., Blouin, R., & Lockett, J. (1999). Patient-controlled analgesia: Optimizing the experience. *Clinical Nursing Research, 8*, 283-294.

Eugster, A., & Vingerhoets, A.J.J.M. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: A review of the literature. *Social Science and Medicine, 48*, 575-589.

Ferrell, B.R., Cronin Nash, C., & Warfield, C. (1992). The role of patient-controlled analgesia in the management of cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management, 7*, 149-154.

Floyd, F.J., & Gallagher, E.M. (1997). Parental stress, care demands, and use of support services for school-age children with disabilities and behavior problems. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of the Applied Family Studies, 46*, 359-371.

Ford, C.V. (1997a). Somatization and fashionable diagnoses: Illness as a way of life. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health, 23 (Suppl.)*, 7-16.

Ford, C.V. (1997b). Somatic symptoms, somatization, and traumatic stress: An overview. *Nordic Journal of Psychiatry, 51*, 5-14.

Geenen R., & Godaert, G. (1995). De invloed van levensgebeurtenissen en gedrag op het beloop van de ziekte in reumatoïde artritis. In: A.P. Bak, E. Erftemeyer, J.M.G. Jeuken, & G. Sinnema (Red.), *De stand van zaken in de psycho-immunologie* (pp. 11-30). Amsterdam: NIP.

Hardy, G.E., West, M.A., & Hill, F. (1996). Components and predictors of patient satisfaction. *British Journal of Health Psychology, 1*, 65-85.

Holden-Lund, C. (1988). Effects of relaxation with guided imagery on surgical stress and wound healing. *Research in Nursing and Health, 11*, 235-244.

Jabaaij, L. (1992). *Stress-related immune modulation in humans*. Academisch Proefschrift Universiteit van Utrecht.

Johnson, L.R., Magnani, B., Chan, V., & Ferrante, M.F. (1989). Modifiers of patient-controlled analgesia efficacy: I. Locus of control. *Pain*, 39, 17-22

Johnston, M., & Vögele, C. (1993). Benefits of psychological preparation for surgery: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 15, 245-256.

Jones, J.W., Barge, B.N., Steffy, B.D., Fay, L.M., Kunz, L.K., & Wuebker, L.J. (1988). Stress and medical malpractice: Organizational risk assessment and intervention. *Journal of Applied Psychology*, 73, 727-735.

Kellner, R. (1990). Somatization. Theories and research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 150-160.

Kiecolt-Glaser, J.K., & Glaser, R. (1999). Chronic stress and mortality among older adults. *JAMA*, 282, 2259-2260.

Kiecolt-Glaser, J.K., Marucha, P.T., Malarkey, W.B., Mercado, A.M., & Glaser, R. (1995). Slowing of wound healing by psychological stress. *The Lancet*, 346, 1194-1196.

Kiecolt-Glaser, J.K., Page, G.G., Marucha, P.T., MacCallum, R.C., & Glaser, R. (1998). Psychological influences on surgical recovery: Perspectives from psychoneuroimmunology. *American Psychologist*, 53, 1209-1218.

King, K.B., Rowe, M.A., Kimble, L.P., & Zerwic, J.J. (1998). Optimism, coping and longterm recovery from coronary artery surgery in women. *Research in Nursing and Health*, 21, 15-26.

Kleber, R.J. (1999). *Het trauma voorbij. Over de grenzen van de psychotraumatologie*. Inaugurale rede, Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg.

Koenig, H.G., George, L.K., Stangl, D., & Tweed, D.L. (1995). Hospital stressors experienced by elderly medical inpatients: Developing a hospital stress index. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 25, 103-122.

Kulik, J.A., & Mahler, H.I. (1987). Effects of preoperative roommate assignment on pre-operative anxiety and recovery from coronary-bypass surgery. *Health Psychology*, 6, 525-543.

Kulik, J.A., Mahler, H.I.M., & Moore, P.J. (1996). Social comparison and affiliation under threat: Effects on recovery from major surgery. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 967-979.

Lehrer, P.M., & Woolfolk, R.L. (Eds.) (1993). *Principles and practice of stressmanagement* (2nd ed.). New York: Guilford.

Lerche Davis, J. (1999). Breast cancer patients thrive when they're involved in decision making. *WebMD Medical News*, article 1728.52585.

Ley, P. (1989). Improving patient's understanding, recall, satisfaction and compliance. In: A.K. Broome (Ed.), *Health psychology: Processes and applications* (pp. 74-102). London: Chapman & Hall.

Maassen, H. (1999). Binnen tien jaar kan burnout verdwenen zijn. Interview met Prof.dr. C.A.L. Hoogduin. *Medisch Contact*, 54, 1116-1118.

Marucha, P.T., Kiecolt-Glaser, J.K., & Favagehi, M. (1998). Mucosal wound healing is impaired by examination stress. *Psychosomatic Medicine*, 60, 362-365.

Moos, R.H. (1977). *Coping with physical illness*. New York: Plenum.

Nyklicek, I. (1997). *Hypertension and appraisal of aversive stimuli*. Academisch Proefschrift Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg.

Ogden, J. (1996). Illness cognitions (Chapter 3). In *Health psychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press.

Owen, H., & Plummer, J. (1997). Patient-controlled analgesia. Current concepts in acute pain management. *CNS Drugs*, 8, 203-218.

Paarlberg, K.M. (1999). *Stress exposure and pregnancy outcome: A psychosocial and biochemical study*. Academisch Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam

Patrick, C., Padgett, D.K., Schlesinger, H.J., Cohen, J., & Burns, B.J. (1992). Serious physical illness as a stressor: Effects on family use of medical services. *General Hospital Psychiatry*, 14, 219-227.

Pennebaker, J.W. (1994). Psychological of symptom reporting: Perceptual and emotional aspects of chemical sensitivity. Symptom perception. *Toxicology and Industrial Health*, 10, 497-511.

Pennebaker, J.W. (1997). Health effects of the expression (and non-expression) of emotions through writing. In: A.J.J.M. Vingerhoets, F.J. van Bussel, & A.J.W. Boelhouwer (Eds.), *The (non)expression of emotions in health and disease* (pp. 267-278). Tilburg: Tilburg University Press.

Petrie, K.J., & Weinman, J.A. (Eds.) (1997). *Perceptions of health and illness*. Reading: Harwood.

Petrie, K.J., Weinman, J.A., Sharpe, N., & Buckley, J. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: A longitudinal study. *British Medical Journal*, 312, 1191-1194.

Prugh, D.G., & Thompson II, T.L. (1990). Illness as a source of stress: Acute illness, chronic illness, and surgical disorders. In: J.D. Noshpitz & R.D. Coddington (Eds.), *Stressors and the adjustment disorders* (pp. 60-142). New York: Wiley.

Remie, M., & Garssen, B. (1997). Non-expression of emotions in cancer patients. In: A.J.J.M. Vingerhoets, F.J. van Bussel, & A.J.W. Boelhouwer (Eds.), *The (non)expression of emotions in health and disease* (pp. 237-246). Tilburg: Tilburg University Press.

Reynaert, C., Janne, P., Delire, V., Pirard, M., Rondour, Ph., Collard, E., Installé, E., Coche, E., & Cussiers, L. (1995). To control or be controlled? From health locus of control to morphine control during patient-controlled analgesia. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 64, 74-81.

Russek, L.G.S., & Schwartz, G.E.R. (1998). Reducing stress in the intensive care unit: Integrating mind-body values with modern technology. *Advances in Mind-Body Medicine*, 14, 71-73.

Russo, D.C. (1999). The evolving role of clinical psychology in health care systems. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 232-238.

Saravay, S.M., & Lavin, M. (1994). Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital: A critical review of outcome studies. *Psychosomatics*, 35, 233-252.

Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J.F., Magovern, G.J., Lefebvre, R.C., Abbott, R.A., & Carver, C.S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary

artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.

Schechter, J.O., & Leigh, L. (1990). Illness as stress: Accidents and toxic ingestions. In: J.D. Noshpitz & R.D. Coddington (Eds.), *Stressors and the adjustment disorders* (pp. 143-159). New York: Wiley.

Schulz, R., & Beach, S.R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality. The caregiver health effects study. *JAMA*, 282, 2215-2219.

Schum, T.R. (1989). Effects of hospitalization derived from a family diary. Review of the literature. *Clinical Pediatrics*, 28, 366-370.

Shandor Miles, M., Funk, S.G., & Carlson, J. (1993). Parental stressor scale: Neonatal intensive care unit. *Nursing Research*, 42, 148-152.

Smith, A. (1990). Stress and information processing. In: M. Johnston & L. Wallace (Eds.), *Stress and medical procedures* (pp. 58-79). Oxford: Oxford University Press.

Smyth, J.M. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174-184.

Smyth, J.M., Stone, A.A., Hurewitz, A., & Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. *JAMA*, 281, 1304-1309.

Spiegel, D. (1993). *Living beyond limits: New help and hope for facing life-threatening illness*. New York: Times Books/Random House.

Spiegel, D. (1996). Cancer and depression. *British Journal of Psychiatry*, 168 (Supl. 30), 109-116.

Thomas, V.J., Rose, F.D., Heath, M.L., & Flory, P. (1993). A multidimensional comparison of nurse and patient controlled analgesia in the management of acute postsurgical pain. *Medical Science Research*, 21, 379-381

Tsigos, C., & Chrousos G.P. (1996). Stress, endocrine manifestations, and diseases. In: C.L. Cooper (Ed.), *Handbook of stress, medicine, and health*. (pp. 61-85). Boca Raton, FL: CRC Press.

Ulrich, R.S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery.

Science, 224, 420-421.

Ulrich, R.S., Simons, R.F., Losito, B.D., Fiorito, E., Miles, M.A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11, 201-230.

Van der Ploeg, H.M. (1988). Stressful medical events: A survey of patients' perceptions. In: S. Maes & C.D. Spielberger (Eds.), *Topics in health psychology* (pp. 193-203). Chichester: Wiley.

Van Heck, G.L. (1997). Personality and physical health: Toward an ecological approach to health related personality research. *European Journal of Personality*, 11, 415-443.

Van Delft, I. (1999). Wilfred. De gevolgen van een dienstongeval. *Psychologie Magazine*, 18 (mei), 50-53.

Van Servellen, G., Lewis, C.E., & Leake, B. (1990). The stresses of hospitalization among AIDS patients on integrated and special care units. *International Journal of Nursing Studies*, 27, 235-247.

Van Tilburg, M.A.L. (1998). *When it hurts to leave home. Meaning, manifestations, and management of homesickness*. Academisch Proefschrift Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg.

Vingerhoets, A.J.J.M. (1985). *Psychosocial stress: An experimental approach. Life events, coping, and psychobiological functioning*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Vingerhoets, A.J.J.M., & Perski, A. (1999). The psychobiology of stress. In: A.A. Kaptein, A.W.P.M. Appels, & K. Orth-Gomer (Eds.), *Psychology in medicine*. Houten: Wolters Kluwer International.

Vingerhoets, A.J.J.M., & Rigter, H. (Red.) (1994). *Stress en gezondheid*. Tilburg: Tilburg University Press.

Wekking, E.M. (1993). *Psychological aspects of Systemic Lupus Erythematosus*. Academisch Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.

White, M., & Ritchie, J. (1984). Psychological stressors in ante-partum hospitalizations: Reports from pregnant women. *Maternal-Child Nursing Journal*, 13, 47-

56.

Zautra, A.J., Hamilton, N.A., Potter, P.T., & Smith, B. (1999). Field research on the relationship between stress and disease activity in rheumatoid arthritis. In: M. Cutolo & A.T. Masi (Eds.), *Neuroendocrine immune basis of the rheumatic diseases. Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 876* (pp. 397-412). New York: New York Academy of Sciences.